Fecha de la notificación: _____
 Nombre del caso: _____
 Número del trabajador: _____
 Nombre del trabajador: _____
 Número del caso: _____
 Teléfono: _____
 Dirección: _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

La presente es para informarle que se le pagó a usted beneficios de más del Programa de Asistencia para Familias con Niños Necesitados - Cuidado de Crianza Temporal (*AFDC-Foster Care*) para _____ para el período de _____ a _____.
(NOMBRE DEL NIÑO)
(MES/DÍA/AÑO) (MES/DÍA/AÑO)

La razón para el pago excesivo:

- El niño dejó su establecimiento/hogar en _____ y usted no tenía derecho a recibir pagos para él/ella en o después de esta fecha; o
(FECHA)
- Los padres del niño vivían en su hogar durante el período para el cual se le pagó a usted; u
- Otra: _____.

Cantidad total que usted recibió: \$ _____
 Cantidad total que debió haber recibido: \$ _____
 Cantidad total del pago excesivo: \$ _____
 Fecha en que se descubrió el pago excesivo: _____

Se le requiere a usted que reembolse la cantidad del pago excesivo de \$ _____.

Por favor, pague con un cheque o giro, pagadero a:

Envíelo a:

Si usted no está de acuerdo con el pago excesivo o con la cantidad del pago excesivo, por favor, vea la segunda página de esta notificación para instrucciones sobre cómo pedir una audiencia.

Si usted está de acuerdo con la cantidad del pago excesivo, tiene que hacer una de las siguientes cosas antes de que pasen 90 días consecutivos a partir de la fecha en que el Condado le dio o le envió por correo esta notificación:

- Hacer un sólo pago (pago global) de la cantidad total;
- Llegar a un acuerdo por escrito con el Condado por medio de un plan de reembolso o un acuerdo voluntario para contrabalancear la cantidad de asistencia que recibe con la cantidad que debe (*"voluntary grant offset"*).

Si usted no reembolsa su pago excesivo con un pago global o por medio de un acuerdo de reembolso voluntario, usted será sujeto a un reembolso involuntario de la cantidad del pago excesivo.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo se calcula la cantidad del pago excesivo o sobre los acuerdos de reembolso, por favor comuníquese con el trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de esta página.

Reglas citadas: Secciones 10553 y 10554 del Código de Bienestar Público e Instituciones. Referencia: Sección 11466.24. Secciones 45-304, 45-305, 45-306 y 22-009 del EAS*.

*EAS - Manual del Departamento de Servicios Sociales de California sobre las Normas de Elegibilidad y Asistencia

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción del Condado. Sólo tiene 90 días para solicitar una audiencia. El período de 90 días empezó el día después de que el Condado le dió o le envió esta notificación.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia. Es posible que sus beneficios no se cambien si solicita una audiencia antes de que entre en vigor esta acción.

Para solicitar una audiencia:

Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia informal con el Condado o una audiencia formal con el Estado. Es posible que sus beneficios no se cambien si solicita una audiencia antes de que entre en vigor esta acción.

Para solicitar una audiencia informal, tiene que presentar su solicitud antes de que pasen 30 días consecutivos a partir de la fecha en que se le envió esta notificación. Puede enviar su petición por medio de cualquiera de las siguientes maneras.

Por escrito: _____ Por medio de correo electrónico (e-mail): _____

Dirección _____ Por medio de teléfono: _____

Dirección _____

Su solicitud debe indicar por qué quiere la audiencia informal y si necesitará un intérprete gratuito. Si necesita un intérprete, por favor indique cuál es el idioma o dialecto que habla.

Usted tiene derecho a apelar la decisión de la audiencia informal en una audiencia formal con el Estado. Tiene que solicitar la audiencia formal con el Estado antes de que pasen 90 días consecutivos a partir de la fecha en que se le envió la decisión de la audiencia informal. Si solicita una audiencia informal pero ésta no tiene lugar, el período de 90 días empieza 31 días consecutivos después de la fecha de esta notificación.

Si elige una audiencia formal con el Estado, por favor tenga en cuenta que tiene que solicitar esa audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días después de la fecha en que recibió esta notificación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de la primera página de este formulario.

TDD - Para las personas con problemas de sordera

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de ambas páginas de este formulario para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta página.
- **Envíe o lleve esta página a:**

O

- **Llame gratuitamente al 1-800-952-5253 o**, para las personas con problemas de sordera o del habla que usan TDD, al **1-800-952-8349**.

Para obtener ayuda: Puede hacer preguntas sobre sus derechos a una audiencia o pedir una referencia para asistencia legal llamando a los números gratuitos del Estado que aparecen arriba. Es posible obtener consejo legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o la oficina local para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede traer a una amistad u otra persona.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Quiero solicitar una audiencia debido a una acción del Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ sobre mi:

Pago excesivo _____

La razón es la siguiente: _____

Si necesita más espacio, marque la casilla y adjunte otra página.

Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o amigo no puede actuar como intérprete para usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE LE NEGARON, CAMBIARON, O TERMINARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

FIRMA _____ FECHA _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____